FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

# THÈSE

N° 369

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Renée DI MENZA
née le 13 novembre 1936 à TUNIS
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

## VALEUR ET INTERPRETATION DU PSYCHO-ALLERGENE DANS L'ASTHME INFANTILE

---

Président : Monsieur JULIEN MARIE, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967 N°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Renée DI MENZA

née le 13 novembre 1936 à TUNIS

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

## VALEUR ET INTERPRETATION DU PSYCHO-ALLERGENE DANS L'ASTHME INFANTILE

---

Président : Monsieur JULIEN MARIE, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544317_0041

15/1/1967

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

**DOYEN** . . . . . Georges **BROUET.**

1er **ASSESSEUR** . . . . . Daniel **BARGETON**

2e **ASSESSEUR** . . . . . Jean **GOSSET**

## I. — PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| — | HUARD (P.) |
| Anatomie et cytologie pathologiques | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | VOURC'H (G.) |
| Bactériologie et virologie | TOURNIER (P.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M.-F.) |
| — | POLONOVSKI (J.) |
| — | DESGREZ (P.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports | MALMEJAC (J.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| Biophysique médicale | BUGNARD (L.) |
| — | DOGNON (A.) |
| — | DJOURNO (A.) |
| Cancérologie expérimentale | MATHÉ (G.) |
| Chimie pathologique | SCHAPIRA (G.) |
| Génétique fondamentale | LEJEUNE (J.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | COURY (Ch.) |
| Histologie et Embryologie | TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) |
| — — | COUJARD (R.) |
| Hygiène et médecine préventive | BOYER (J.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale, Droit médical et déontologie | DEROBERT (L.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | N... |
| Pathologie chirurgicale | LAURENCE (G.) |
| — | KUSS (R.) |
| — | VERNE (J.-M.) |
| Pathologie exotique | BRUMPT (L.-C.) |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.-P.) |
| Pathologie médicale | LAROCHE (Cl.) |
| — | BRICAIRE (H.) |
| — | PÉQUIGNOT (H.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | MAURICE (P.) |
| Pharmacologie | BOISSIER (J.-R.) |
| — | LECHAT (P.) |
| Physiologie | BARGETON (D.) |
| — | PARROT (J.) |
| Physiologie et pathologie obstétricales | LEPAGE (F.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |

| | MM. |
|---|---|
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | N... |
| Therapeutique | LAMOTTE (M.) |
| Therapeutique appliquée | N... |

b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Anatomie | CABROL (Ch.) |
| Anatomie anthropologique | OLIVIER (G.) |
| Anatomie pathologique | NEZELOF (Ch.) |
| Bacteriologie | BARBIER (P.) |
| Biochimie medicale | DREYFUS (J.-Cl.) |
| Biologie medicale | BOURLIÈRE (F.) |
| Parasitologie | LARIVIÈRE (M.) |
| Pathologie expérimentale | LOEPER (J.) |
| Physiologie | DEJOURS (P.) |
| | SCHERRER (J.) |
| Physique médicale | KELLERSHOHN (L.) |
| | GOUGEROT (L.) |
| | ROUCAYROL (J.-Cl.) |
| | TUBIANA (M.) |
| Radiologie médicale | FISCHGOLD (H.) |

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

| | | MM. |
|---|---|---|
| Clinique carcinologique | | DENOIX P. |
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | | SOULIÉ (P.) |
| — — (Boucicaut) | | LENÈGRE (J.) |
| Cliniques chirurgicales | Beaujon | LORTAT-JACOB (J.-L.) |
| | — | BAUMANN (J.) |
| | Cochin | LEGER (L.) |
| | Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| | Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| | Salpêtrière | SICARD (A.) |
| | Tenon | OLIVIER (Cl.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) | | MERLE d'AUBIGNÉ (R.) |
| — — — (Foch) | | PADOVANI (P.) |
| — — — (Beaujon) | | CAUCHOIX (J.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) | | FÈVRE (M.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | | DUBOST (Ch.) |
| Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) | | MATHEY (J.) |
| Clinique dermatologique (Saint-Louis) | | DUPERRAT (F.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | | DECOURT (J.) |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) | | LAMY (M.) |
| Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) | | HUGUIER (J.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) | | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) | | TURPIN (R.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) | | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | | BERNARD (J.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | | CASTAIGNE (P.) |
| Cliniques médicales | Bicêtre | DEPARIS (M.) |
| | Broussais | MILLIEZ (P.) |
| | Cochin | N... |
| | Hôtel-Dieu | BARIÉTY (M.) |
| | Pitié | DREYFUS (G.) |
| | Saint-Antoine | CONTE (M.) |
| | Saint-Antoine | KOURILSKY (R.) |
| | Saint-Antoine | BOUDIN (G.) |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) | DEBRAY (Ch.) |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) | MARIE (J.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | JUSTIN-BESANÇON (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) | DEROT (M.) |
| Clinique néphrologique (Necker) | HAMBURGER (J.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | GARCIN (R.) |
| Cliniques obstétricales — Baudelocque | LACOMME (M.) |
| Cliniques obstétricales — Saint-Antoine | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | OFFRET (G.) |
| — — (Cochin) | BREGEAT (P.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie (Trousseau) | MOZZICONACCI (P.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | THIEFFRY (S.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | BROUET (G.) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | COSTE (F.) |
| Clinique de rhumatologie (Lariboisière) | SÈZE (S. de) |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière) | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | ROUX (M.) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | LEMAIRE (A.) |
| Clinique toxicologique (F. Widal) | GAULTIER (M.) |
| Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) | JUDET (R.) |
| Clinique urologique (Cochin) | ABOULKER (P.) |
| — — (Necker) | COUVELAIRE (R.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | LAPLANE (R.) |
| Séméiologie médicale (A. Chantin) | DOMART (A.) |
| — — (Lariboisière) | BOUVRAIN (Y.) |
| — — (Pitié) | RAMBERT (P.) |
| — — (Rothschild) | WOLFROMM (R.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) | POILLEUX (F.) |

b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Hématologie | ANDRÉ (R.) |
| | BOUSSER (J.) |
| Hydrologie et climatologie | GIBERTON (A.) |
| Maladies infectieuses | BASTIN (R.) |
| Médecine | AZERAD (E.) |
| | BOUR (H.) |
| | CAROLI (J.) |
| | DREYFUS (B.) |
| | GROSSIORD (A.) |
| | LAMBLING (A.) |
| | LAUNAY (Cl.) |
| | PAYET (M.) |
| | PERRAULT (M.) |
| | SIGUIER (F |
| | WORMS (R.) |
| Néphrologie | RICHET (G.) |
| Neuro-chirurgie | LE BEAU (J.) |
| Neurologie | LHERMITTE F. |
| Neuro-psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie | MADURO (R.) |
| Pédiatrie | POLONOVSKI (Cl.) |
| | ROYER (P.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS (B.) |
| | MEYER (A.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | MM |
|---|---|
| Anatomie pathologique | GOUYSOU (Ch.) |
| Bactériologie | CHRISTOL (D.) |
| Biochimie médicale | CARTIER (P.)<br>GONNARD (P.)<br>NORDMANN (J.) |
| Biologie médicale | HARTMANN (L.) |
| Chirurgie | CERBONNET (G.) |
| Hématologie | BILSKI-PASQUIER (G.) |

| | MM. |
|---|---|
| Maladies infectieuses | DUPONT (V.) |
| Neuro-psychiatrie | TARDIEU (G.) |
| Pédiatrie | ROSSIER (A.) |
| Physique médicale | COURSAGET (J.)<br>GREMY (F.) |
| Physiologie | GIRARD (Fr.) |
| Stomatologie | CHAPUT (Mme A.) |

## III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

| | |
|---|---|
| Bactériologie | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. |
| Pathologie chirurgicale | RUDLER (J.) Pr. s. ch. |

## IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

| | |
|---|---|
| Hormonologie | MORICARD (R.) |
| Statistique médicale et épidémiologique | SCHWARTZ (D.) |

---

| | |
|---|---|
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J.) |
| Conseiller administratif | Mlle CHAINTREUIL (G.) |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque<br>Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateurs | Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),<br>LE NOIR (G.) |
| Bibliothécaires | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),<br>Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.) |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A mes parents,

A ma famille.

A Monsieur le Professeur JULIEN MARIE

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades,

Professeur de clinique Médicale Infantile et de Pédiatrie Sociale à la Faculté de Médecine de Paris.

Directeur de l'Institut de Pédiatrie Sociale de la Faculté de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui a été notre Maitre d'Externat et nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jacques VIALATTE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris,

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

qui fut notre Maître d'Externat, il nous
a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve l'expression de nos remercie-
ments et nos sentiments respectueux.

A Madame le Docteur BRUNET LANGOT

A Madame le Docteur Odile SALBREUX

Guides de ce travail.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

Si la respiration a une fonction d'expression qui va trouver son assomption dans la parole, "l'appareil respiratoire reflète et révèle nos états émotionnels et affectifs plus fidèlement qu'aucun autre appareil végétatif".

(RECAMIER)

# INTRODUCTION

La définition de l'allergie est : "l'état d'un individu qui sensibilisé à une substance réagit de façon exagérée à cette substance quand elle est réintroduite dans son organisme."

L'état allergique se révèle souvent pendant les premières années de la vie.

L'héridité a été considérée pendant longtemps comme l'élément dominant du déterminisme des manifestations allergiques.

Ce terrain est caractérisé par : la prédisposition particulière du sujet apte à se sensibiliser aux antigènes les plus variés. Il faut souligner que le développement somatique est normal, ainsi que l'intelligence. Mais que l'on rencontre souvent des troubles de l'affectivité et du caractère.

## I - RAPPEL HISTORIQUE DES THEORIES ETIOLOGIQUES DE L'ASTHME

### 1 - Bases immunologiques et expérimentales de l'allergie

L'anaphylaxie, entrevue par de nombreux auteurs :

1839 : MAGENDIE

1893 : BEHRING

1894 : FLEXNER, ARLOING et COURMONT

1898 : RICHET et HERICOURT

mais, dont la découverte revient à RICHET et PORTIER (1902), est le phénomène fondamental :

"Une substance, insuffisante pour tuer ou même rendre malade un chien normal „ détermine des accidents foudroyants voire mortels, chez cet animal, si quelques trois semaines auparavant il a reçu cette même substance".

En 1907, divers travaux faits simultanément et indépendamment aux Etats-Unis, en France et en Allemagne, mettent en évidence le phénomène de l'anaphylaxie passive, et de l'anti-anaphylaxie (BESREDKA).

C'est sur ce principe que repose le procédé de vaccination par les petites doses préalables.

Les connaissance progressent rapidement à partir de ce moment :

1910-1926 : Henry DALE met en évidence la libération d'histamine lors du choc anaphylactique.

1935 : LANDSTEINER donne le nom "d'haptène" à la substance chimique qui se combine à une molécule d'albumine pour constituer un antigène.

Restait un pas à franchir et d'importance : soutenir l'hypothèse anaphylactique de certaines manifestations cliniques.

Le bien fondé de cette conception fut établi en 1911 par les auteurs américains, et en 1914 par WIDAL et ses collaborateurs en France.

Le terme d'allergie revient à Von PIRQUET en 1906 :

"L'organisme d'un individu ayant ou ayant eu une affection tuberculeuse réagit à la tuberculine d'une autre manière qu'un organisme vierge : une cuti réaction à la tuberculine provoque chez lui une réaction locale ".

Actuellement, PASTEUR-VALLERY-RADOT distingue trois manières de réagir à une sensibilisation :

a - Le choc anaphylactique : quelle que soit la substance injectée et la voie d'introduction.

b - l'allergie humorale ou atopie :

. lorsque les anti-corps sont à la fois fixés sur un organe appelé organe choc et circulant dans les humeurs;

. relèvent de ce mécanisme : pollinose, asthme, urticaire, oedème de Quincke, certains eczémas.

. les antigènes ou allergènes sont très variés ; origine animale ou végétale, protéines, poly-saccharides, lipides ou cristalloïdes.

. la sensibilisation se fait lentement et insidieusement par voie respiratoire digestive, sous-cutanée ou cutanée.

. la mise en évidence des anti-corps se fait par cuti-réaction, intradermo-réaction, réaction de Prausnitz-Kustner.

. le terrain est héréditaire.

c - allergie tissulaire :

. les anticorps sont uniquement fixés sur un organe ou un tissu;

. relèvent de ce mécanisme les allergies de contact;

. les allergènes sont des cristalloïdes, alcaloïdes, une substance oléagineuse, un noyau chimique;

. la sensibilisation se fait lentement sous l'influence de la pénétration de la substance suspecte dans l'organisme;

. la mise en évidence des anticorps tissulaires ne peut être fait que par épidermo-réaction ;

. il n'y a pas de notion héréditaire.

Enfin on classe d'après les études expérimentales les phénomènes d'hypersensibilité en :

- hypersensibilité de type immédiat :

. le choc anaphylactique

. l'allergie humorale :

les critères de classification sont la promptitude avec laquelle les tissus de l'organisme réagissent lorsqu'ils sont exposés à l'antigène, le transfert de l'hypersensibilité , la réversibilité de lésion.

- hypersensibilité de type retardé : ce sont

. l'hypersensibilité tuberculinique et bactérienne

. les dermites de contact.

Ces deux formes de sensibilité sont-t-elles fondamentalement différentes ?

Il semble que non, compte tenu de faits expérimentaux récemment rapportés.

EN CONCLUSION :

On peut dire : "le phénomène d'hypersensibilité ou allergie relève de mécanismes généraux que l'organisme met en oeuvre dans la lutte pour le maintien de son intégrité" (PASTEUR-VALLERY-RADOT).

2 - Théories psychosomatiques

A cette conception immunologique reposant sur des bases expérimentales on oppose une conception psychosomatique de l'allergie.

En 1905, FREUD dans "le fragment d'analyse d'un cas d'hystérie" commente les signes émotionnels placés derrière les symptômes physiques :

"L'enfant avide d'amour et qui partage peu volontiers avec ses frères et soeurs la tendresse des parents, s'aperçoit que cette tendresse lui revient entièrement si, du fait de sa maladie, les parents sont inquiets.... lorsque l'enfant est devenu femme et a épousé en complète contradiction avec les

exigences de l'enfance un homme ayant peu d'égards envers elle, qui opprime sa volonté, qui exploite sans ménagements son travail, et qui ne lui concède ni tendresse ni dépense, alors la maladie devient sa seule arme efficace pour s'affirmer dans la vie..... "

Jusqu'en 1938, de nombreux auteurs surtout américains :

MARCINOWSKI, WEISS, REICHMAN, MOSS, ont insisté sur le rôle des facteurs psychologiques dans les troubles respiratoires et les manifestations allergiques.

A partir de 1938, les écoles vont s'individualiser.

En 1941, FRENCH, ALEXANDER, BEN RAPPAPORT et LEVI interprètent l'attaque asthmatique comme "un cri réprimé vers la mère".

En 1945, MILLER et BARUCH pensent que "le rejet maternel est un facteur très important dans le climat émotionnel de l'entourage de l'enfant allergique".

En 1950, ALEXANDER.

En 1952, SZASS parlent du système nerveux autonome parasympathique dans le blocage des émotions.

BOSTOK fait une description synthétique du mécanisme du trouble respiratoire précis :

"L'asthme peut être considéré comme une perturbation de l'expression émotionnelle normale de l'appareil respiratoire ..... le cri de l'enfant n'est que l'expression partielle d'une réponse globale de tout l'organisme à l'insécurité".

FENICHEL classe l'asthme bronchique parmi les phénomènes de conversion prégénitale :

"..... le contenu inconscient de cette conversion se situe dans de profonds conflits oro-respiratoires centrés autour de la mère ou d'un substitut maternel. Chaque fois que les équivalents d'anxiété sont exprimés primitivement dans l'appareil respiratoire, l'anxiété dont l'origine peut résider dans la crainte de la perte d'amour ou de la castration, est ressentie comme une peur de suffocation".

A l'heure actuelle, la majorité des écoles (Pavlovienne) admet que les émotions ne peuvent être la cause des premiers accès asthmatiques, mais qu'elles peuvent être unies à d'autres facteurs, tels que infections, allergie , jouer un grand rôle ultérieurement.

Quand à l'allergie infantile Clément LAUNAY pense :

"Le principal responsable de l'asthme infantile reste le terrain allergique"....mais reconnait la présence de problèmes psychologiques : "il faut insister sur les perturbations des liens mère-enfant, anxiété maternelle, conduite hyperprotectrice masquant un rejet plus profond, parfois état névrotique sérieux avec projection sur l'enfant de problèmes personnels, relatifs à leur propre enfance".

Dans leurs travaux, KOURILSKY et collaborateurs mettent l'accent sur l'influence des émotions et surtout de leur remémoration ; ils étudient les modulations psychophysiologiques des phénomènes allergiques ;

Ils soulignent les effets très remarquables de la "détente anxieuse".

SOULE met en relief les "bénéfices secondaires" qu'apporte la maladie et la nécessité de la rupture du cercle vicieux.

oOo

## II - RAPPEL DES MECANISMES NEUROPHYSIOLOGIQUES

Les effets de l'émotion sur la respiration sont bien connus et étudiés objectivement :

- mobilité du diaphragme (FAULKEUR, KOURILSKY et coll).
- sensibilité cholinergique des bronches (TIFFENEAU).

Un bref rappel des mécanismes neurophysiologiques est nécessaire pour comprendre les faits .

Ces mécanismes ont été étudiés de près, par ZIWAR, et COURCHET.

Les travaux de SELYE définissent "en mettant l'action sur la participation hormonale, la maladie dite d'adaptation".

Le schéma très simplifié de ces structures comprend :

1 - Une voie centripète mise en action par diverses stimulis .

- de nature physique : ce sont les allergènes
- de nature psychologiques : ce sont les stress.

La littérature médicale fournit de nombreux exemples de cas où diverses émotions déclenchent des manifestations spasmodiques : cutanée (urticaire), respiratoire (asthme).

On peut parler dans ce cas d'un véritable psycho-allergène que nous détaillerons dans un chapitre ultérieur.

2 - Un centre

Il faut se reporter aux travaux d'expérimentations neuro-physiologiques de CANNON et BARD sur la mise en évidence de l'action suspensive du cortex, sur la mise en évidence du rôle du thalamus et hypothalamus : c'est dans leur noyau que siège les zones de déclenchement émotionnel.

Il faut relater les expérience de RANSON et MAGOUN ; l'excitations du groupe latéral extérieur de l'hypothalamus, du groupe moyen (noyau médio-ventral, dorsal) et noyau tubérien provoque les effets sympathiques et para-sympathiques observés dans une émotion intense.

A l'inverse si on enlève ceux-ci les effets disparaissent.

CUSHING remplace la stimulation physique par une stimulation chimique : les substances excitatrices electives sont sympathomimétiques et l' acétylcholine introduites localement par injections intra-ventriculaires.

La notion de centre doit néanmoins, être acceptée avec une grande prudence.

Les travaux de ces quinze dernières années, ont conduit à fixer le siège de l'affectivité et des émotions dans deux formations :

- la formation réticulée : elle reçoit toute les incitations provenant de tous les récepteurs sensoriels et sensitifs ainsi que celles de la sphère neuro-végétative. Mais, elle reçoit aussi des impulsions de diverses zones du cortex. De cette formation partent des fibres motrices descendantes règlant la réponse motrice, vaso-motrices ou viscérales.

- le rhinencéphale, originellement en rapport avec l'olfaction, est un système branché en dérivation sur les précédentes, et qui co-ordonne les motivations émotionnelles et instinctivo-affectives.

C'est le point de contact entre l'affectivité consciente et l'intégration de tous les messages viscéraux.

Les intermédiaires chimiques, assurant le relais synaptique sont : essentiellement l'acétylcholine ou d'autes esters de la choline, la 5 OH tryptamine (serotonine) dans le cortex.

Les catécholamines ont une forte concentration dans l'hypothalamus et l'adrénaline dans la formation réticulée.

En conclusion, en ce qui concerne les phénomènes allergiques c'est la substance réticulée qui "module la réponse motrice, vasomotrice et viscérale".

3 - La voie centrifuge emprunte les fibres du système parasympathique.

oOo

## III - ETUDE "DES MODULATIONS PHYSIOLOGIQUES DES PHENOMENES ALLERGIQUES"

KOURILSKY ouvre une voie nouvelle dans l'investigation expérimentale de l'allergie en progressant dans la connaissance de "la modulation psycho-affective des phénomènes allergique".

Jusqu'aux travaux de LORAS, l'anxiété a toujours été considérée comme secondaire aux crises.

KOURILSKY repensant le problème étudie "les réactions possibles entre la neurotonie, l'anxiété et l'allergie". L'idée nouvelle qu'il s'est attaché à étudier est : "mettre en parallèle chez l'allergique les variations symptomatiques et les fluctuations d'origine affective".

L'expérimentation animale fournit des renseignements utiles à la compréhension du problème. Les expériences de NOELPP et GROEN, OTTENBERG, STEIN, LEWIS et HAMILTON, initialement conçues pour vérifier l'existence d'un conditionnement pavlovien, mettent en évidence "l'importance de l'anxiété préalable de l'animal. Celle-ci est telle qu'elle peut à elle seule provoquer les troubles respiratoires".

Néanmoins, une restriction est à faire, c'est que pour réaliser un asthme caractérisé (constriction bronchiolaire) par conditionnement "psycho-affectif" un état d'allergie préalable est indispensable.

L'étude expérimentale chez l'homme (LUMINET et SLONACHER) montre que le conditionnement intervient également.

Mais ce conditionnement "n'est pas purement viscéral au sens pavlovien. Ce qui est conditionné c'est un état d'expectative anxieuse, dans lequel interviennent des facteurs conscients et notamment la connaissance du but poursuivi... ce conditionnement est beaucoup plus facile chez les introvertis qui sont constamment en état de remaniement affectif ".

L'étude expérimentale confirme donc ce que l'on soupçonnait cliniquement :

1 - l'anxiété est un facteur essentiel. Elle pré-existe au stimulus déclenchant. Il y a avant les crises un état d'excitation et une mobilisation affective diffuse.

2 - C'est seulement sur un organisme spontanément ou expérimentalement allergique que le conditionnement déclenche la broncho-constriction véritable.

3 - elle potentialiserait les effets du complexe antigène-anticorps de façon analogue au phénomène de Reilly.

Allant plus loin dans son étude , KOURILSKY recherche le point de départ de l'anxiété, ce qui contribue à l'exacerber :

"Il s'agit toujours d'une situation conflictuelle, une frustation non acceptée, mais que le sujet ne sait pas ou ne peut pas faire cesser. Cette irrésolution entraine une anxiété permanente."

Il fait intervenir ce qu'il nomme "la remémoration" comme étant capable de raviver l'anxiété et de déclencher la crise, comme le ferait un pneumallergène:

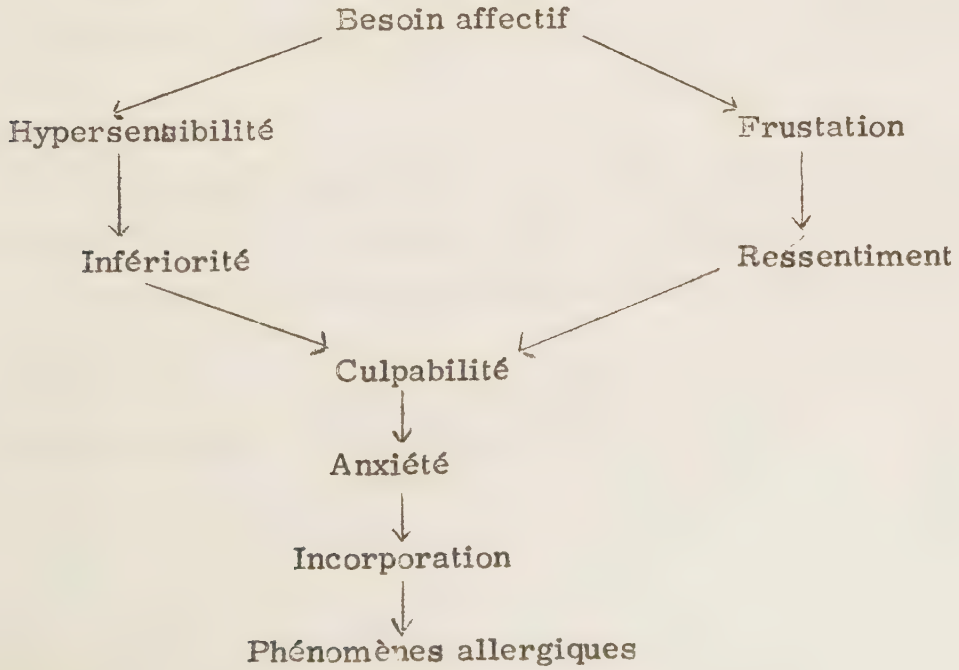
" Si la situation conflictuelle latente, évoquée par le médecin est susceptible de déterminer la recrudescence des crises le même mécanisme peut être mis en jeu par la réminiscence ou la méditation anxieuse sur le problème irrésolu. Les pensées, les réflexions, les débats intérieurs, qui mettent en question . . . . . la situation, remuent l'affectivité et constituent des facteurs, de conditionnement autrement efficace que le stimulus extérieur, ne serait-ce que du fait de leur répétition indéfinie jusqu'à la résolution du conflit".

L'anxiété peut être simplement à point de départ physique par :

- le caractère effrayant du symptôme qu'est la dyspnée, par
- la répétition des accès, surtout nocturnes et l'inefficacité des traitements . Le risque vital est d'autant plus fortement ressenti que le sujet allergique est toujours très déprimé. Cette dépression psychasthénique fournit un point d'appel à l'anxiété.

En résumé, KOURILSKY conclut :

" l'anxiété est l'intermédiaire entre les émotions psychologiques et l'investissement somatique".



## IV - DESCRIPTION DE LA PERSONNALITE ET DU TEMPERAMENT DE L'ENFANT ALLERGIQUE

FRENCH, ALEXANDER et DUMBAN ont essayé de trouver un type de personnalité caractéristique de l'allergique ou de l'asthmatique.

En fait, il n'existe pas de traits spécifiques mais des troubles psychologiques qui peuvent être également rencontrés chez les autres hommes, tels que : structure obsessionnelle, structure hystérique, ou les deux. Certains sont des névrosés ; d'autres ont des traits névrotiques.

KOURILSKY d'accord avec DEKKER, BARENDREGT et KNAPP soulignent la "dynamique, particulière de l'affectivité liée à certains traits de la personnalité : la faiblesse du moi et son immaturité, les troubles de l'identification et de la structuration de la personnalité, la coarctation et le blocage massif des pulsions, l'investissement de la maladie perçue comme état régressif, et fournissant un objet à l'angoisse, un fond de culpabilité".

SOULE étudie le comportement de l'enfant allergique et conclue à sa grande variabilité suivant "le moment, le jour, suivant qu'il a ou non une période de crises nocturnes et surtout suivant le milieu dans lequel il vit".

Parfois, calme, peu hardi, pusillanime peu sociable, et anxieux, ailleurs, il est dynamique, actif, agressif, niant la maladie.

Parfois, existent de petits signes névrotiques (terreurs nocturnes, rites aux couchers).

Un type particulier d'enfant cité par de nombreux auteurs est le tyran familial. Il s'agit presque toujours d'un enfant intelligent, ayant compris tout le bénéfice qu'il pouvait tirer de sa maladie. Il sait "manipuler" son entourage. Il est bien évident que pour que "ça marche" il faut la co-opération de cet entourage notamment parental.

"Les bénéfices secondaires" sont essentiellement d'ordre affectif. Il accapare l'affection de sa mère, exige sa présence, ses soins, il entre en rivalité avec son père, (complexe d'Oedipe) avec un frère plus jeune. Diminué dans son intégrité, et dans l'image quil a de lui-même, frusté par la maladie, il manifeste rancoeur, voir ressentiment.

Un autre caractère souvent rencontré est le retard affectif, souvent d'ailleurs, entretenu et favorisé par la mère.

Il se manifeste par des inacceptations : énurésie, anorexie, retard de langage.

"Au fur et à mesure, que l'enfant avance en âge, il lui faut renoncer progressivement au différents éléments de la protection parentale. Ce renoncement comporte l'acceptation de mille risques qui sont la rançon, de la véritable indépendance", PICHON.

Il existe souvent une jalousie envers un petit dernier et l'enfant se sert de sa maladie pour attirer l'attention et les soins sur lui.

La personnalité hystérique ne nous a pas semblé particulièrement fréquente.

Les troubles de la scolarité ne sont pas rares. Ils ne relèvent pas d'une diminution du quotient intellectuel mais d'autres facteurs plus ou moins intriqués:

- absentéisme imposé par la mère ,

- mentalité de "l'handicapé" très nocive où l'enfant est mis à l'écart de toute compétition,

- aucune prise au sérieux de la scolarité par des parents eux-mêmes peu instruits,

-enfin divers troubles tels que dyslexie, dysorthographie.

Chez l'enfant jeune il peut déjà être rencontré un sentiment d'infériorité, à cause du handicap de sa maladie.

En conclusion, on peut dire que la personnalité de l'enfant allergique est caractérisée par une grande malléabilité du fait du dynamisme particulier à l'enfance. Elle est essentiellement , modelée par l'environnement. Deux grands types de personnalité peuvent être esquissés;dans le cas où l'environnement est favorable : le symptôme reste symptôme, une personnalité forte se profile (2 exemples célèbres où la maladie est dominée, chez l'adulte il est vrai, sont WAGNER, MARAT).

Nous avons l'exemple de quelques petits malades ayant ainsi très bien surmonté leur très grave maladie (KIE... Brigette).

Au contraire, défavorable l'environnement va conditionner une personnalité faible qui s'installe dans la maladie.

oOo

## V - ENVIRONNEMENT

L'environnement de l'allergique comprend outre, les conditions physiques , les diverses composantes psychologiques que sont les parents, la fratrie, les amis, le médecin traitant.

"Si la prédisposition est essentielle en pathologie psychosomatique, la maladie est cependant la rencontre de cette prédisposition avec une circonstance pathogène et cette circonstance est inhérente aux conditions de vie ou milieu". KLOTZ.

### 1 - L'attitude de la mère

est primordiale à considérer en raison de ce qu'elle peut induire chez son enfant. C'est avant tout une mère anxieuse. Cette anxiété relève de plusieurs facteurs :

- avant tout , au caractère angoissant de la crise dyspnéique,
- au fait que les crises surviennent la nuit,
- à la répétition des accès,
- à l'inefficacité des traitements symptomatiques.

Un fait particulier est à souligner, c'est que la méconnaissance du mécanisme de la maladie aggrave considérablement l'anxiété, et ajoute au caractère mystérieux de cette maladie.

Vis-à-vis de l'enfant, elle est très hyper-protectrice, captatrice étouffante. Elle lui prodigue force soins, limite le champ de ses jeux, provoque l'absentéisme scolaire. Elle se donne l'impression que sans elle, l'enfant ne peut vivre. Enfin, elle cède à tous les chantages.

Souvent immature affective elle-même, elle ne peut prendre en charge le fardeau de la maladie et s'appuie sur un autre membre de la famille, voir sur le médecin de famille.

Un sentiment de culpabilité vient s'intriquer. Exprime ouvertement ou camoufle , il est très fortement ressenti, par l'enfant qui se sent responsable d'une chose, qu'il ne comprend pas.

Il existe des mères rejetantes, agressives, elles en veulent à l'enfant pour les troubles qu'il occasionne dans leur vie de femme , de mère de famille, dans leur vie sociale, ou parce qu'il ne correspond pas aux aspirations de leur orgueil maternel.

2 - le père est le plus souvent au deuxième plan.

Son manque d'autorité est ce qui frappe le plus.

Soit parce que malheureux dans son enfance, il ne veut pas que son enfant puisse être comme lui.

Soit parce qu'il a eu un père très autoritaire, et que par opposotion, il veuille être son opposé.

Il aurait tendance, à exprimer d'une façon plus ouverte, ses sentiments :

- culpabilité
- agacement de ne pouvoir mener une vie normale à cause de la présence de l'enfant malade,
-conflit avec la mère,
- problème d'argent.

L'un et l'autre parent, s'il est lui-même allergique, tendra à conditionner l'enfant à la lumière "de son héridité vécue"

3 - Les grand-parents prennent souvent en charge, l'enfant malade. Ils sont d'une faiblesse caricaturale.

4 - La fratrie : les camarades, dans la mesure, où conditionnés par les adultes, ils considèrent le petit malade comme un être à part , ont un rôle nocif.

Les parents d'amis défendent souvent à leur enfant de fréquenter de trop près un petit malade, craignant on ne sait qu'elle contagion.

Les enfants eux-mêmes craignent ce qui leur semble contraire à la nature, c'est à dire le fait d'être bien portant.

L'étude de l'entourage explique donc que l'enfant allergique est souvent un isolé, un solitaire.

5 - L'attitude du médecin est également à considérer.

Niant la part des troubles psychologiques il peut avoir une action très nocive. Au contraire, s'il établie un contact affectif, et compréhensif, il aide à peu de frais son malade.

Son rôle sera étudié dans un chapitre ultérieur.

oOo

| Nom | Age | Aspect clinique | Examens complémentaires | | Exploration fonctionnelle respiratoire | Tests | Enquête psychologique | Traitement | | | | | Résultats |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - MAR... Alain | 7 | urticaire récidivant + asthme | 0 | allergique | non faite | poussières candida streptocoque A | Problème d'ordre scolaire Dyslexie, surtout dysorthographie, langage incorrect. QI jugé normal. Evolution favorable grâce à la mère. | + | + | 0 | + | + | bons |
| 2 - JAN... Pascal | 6 1/2 | Asthme | 3 % | normal | non faite | moisissures I candida | Réaction caractérielle exigence vis à vis de la mère qui surprotège. Angoisse , nervosité. privation de sommeil par caprice. | 0 | 0 | 0 | + | + | pas revu |
| 3 - PAN... Bruno | 5 1/2 | Rhino-bronchite | 8, 5 % | non fait | non faite | Poussières plumes microbiens moisissures I-II-III | Enfant caractériel (colères élastiques) dans un contexte de mésentente conjugale père italien (pb d'impuissance sexuelle) mère française extrêmement faible. Jaloux du petit dernier. | + | + | 0 | 0 | + | médiocres |
| 4 - LID... Béatrice | 7 1/2 | Asthme | 5 % | allergique | diminution modérée des valeurs spirograph. vive sensibilité à l'acétylcholine | microbiens | Bizarreries du comportement Retard scolaire Antécédents d'influence très péjorative : instabilité familiale très importante. Enfant naturelle, mère inefficace, grands parents débordés par l'asthme. | 0 | + | 0 | + | + | médiocres |
| 5 - CHA... Jean-Jacques | 3 | Asthme | 3 % | normal | non fait | poussières plumes microbiens | Arriération affective active dont les symptomes sont cultivés comme un système de force à opposer aux parents. L'asthme peut servir de la même manière à l'occasion.... Les parents pensent que l'aurotié est utile et croient qu'ils sont fermes. Leur faiblesse est caricaturale. | 0 | + | 0 | + | + | médiocres |
| 6 - RAS... Marie-Agnès | 12/1/2 | Oedème de Quincke | 2 % | allergique | non faite | microbiens | Caractère fermé. Sensible. Coléreuse. Anxieuse qui se contrôle. Maigreur. | 0 | + | 0 | 0 | + | décédée |
| 7 - GOU... Alain | 9 ans | Asthme | 8, 5 % | non fait | non faite | poussières plumes graminées | Puéril, pulsillanime, anxieux, coléreux. Parfois énurétique chez sa mère seulement QI normal. Retard affectif | 0 | + | 0 | 0 | + | bons |
| 8 - SIL... Jean-Michel | 5 1/2 | asthme | 5 % | allergique | non faite | Poussière plumes microbiens | Affectivité vulnérable. Une crise régressive (incontinence et oncoprésie). Bien chez ses parents quoique mère un peu tendue et faible. | + | + | 0 | + | + | bons |
| 9 - LOB... Philippe | 4 | Asthme | 2 % | non fait | non faite | poussières plumes | En nourrice. Parents hyperprotecteurs et puérils Garçon autoritaire, obstiné, jouant des larmes, et de la grève de la faim. Retard entrée maternelle ; les parents mélangent dans leur langage les crises d'asthme et les crises d'opposition. | 0 | 0 | 0 | 0 | + | pas revu |
| 10 - NEU... Geneviève | 12 | Asthme | 16 % | intermédiaire | normale sensibilité cholinergique nette importante | poussières plumes, moisissures candida microbiens | Asthme , refuse à aider Famille nombreuse, mésentente conjugale exploitée par la mère (hystérique). | 0 | + | + | + | + | bons |
| 11 - VER... Philippe | 11 | Asthme | 8 % | non fait | non fait | poussières plumes arbres et graminés | Retard scolaire. Nonchalence, hypersensibilité. Milieu cultivé : père industriel, Mère anxieuse pour la scolarité. Attachement mère-fils. | 0 | + | + | 0 | + | bons |
| 12 - PON... Christian | 12 | Asthme | 1 % | allergique | sensibilité exagérée à l'acétylcholine | Poussières microbiens moisissures | Comportement hystérique "lenteur majestueuse", habillé comme un dandy. Retard scolaire massif. mère oligophrène. mauvais pronostic. | 0 | + | 0 | 0 | + | bons |
| 13 - VUI... Dominique | 12 | Asthme | 8% | non fait | Diminution CV diminution Tiffeneau. Test Acétylcholine + | Poussières plumes candida | "Asthmatique parce que nerveux, nerveux parce qu'il a de l'asthme" dit le père. A l'origine des crises pour contrariétés minimes, Famille sensible, affectueuse, hyperprotectrice (mère surtout) Décès du 2e enfant (fratrie de 4) et inadaptation de la famille au mariage du fils aîné. Mère se juge hyperprotectrice et suggère séparation (lycée de Villars). | 0 | + | 0 | + | + | très bons |
| 14 - PEL... Jean-François | 12 | Asthme | 9 % | non fait | non faite | Poussières candida plumes | Nerveux , coléreux, irritable. Elevé jusqu'à 6 ans par gd-mère pat. lle puis 1 an en pension Difficulté dans le ménage des parents. | 0 | + | 0 | 0 | + | bons |
| 15 - COD... François | 9 | Asthme | 13% | non fait | non faite | poussières plumes candida | Caractère difficile, troubles du sommeil, anorexie anxiété, onychophagie, opposition et insolence. Carence d'autorité ++ | 0 | + | + | + | + | très bons |
| 16 - COD... Geneviève | 12 | Asthme | 1 % | non fait | non faite | poussière | Mauvais rendement scolaire. Retard affectif contracté dans les premières années (0-4 ans). Chez les grands parents , mat. espièglerie, laisser allez général. Absence totale de prise au sérieux de la scolarité. Père ingénieur, mère; prof. de math. | 0 | + | 0 | + | + | médiocres |
| 17 - DUQ... Marc | 12 | toux spasmodique | 6 % | non fait | non faite | microbien | Nerveux, insomnie, caractère difficile, perturbations de la scolarité. | 0 | + | 0 | 0 | + | très bons |
| 18 - ATT... Philippe | 8 1/2 | Asthme | 28 % | allergique | CV diminuée de 25 % - VEMS diminuée de 40% | poussières plumes candida | Sensible, susceptibilité, coléreux, mais bon élève. famille en bonne harmonie, mère travaille | 0 | + | + | 0 | + | médiocres |
| 19 - VIN... Isabelle | 2 | Asthme | 13 % | intermédiaire | non faite | microbiens | trichotillomanie , trichophagie. Ant. familiaux de tics. Difficile en période de crises : tics, insomnie, caprices. Très entourée par les parents. Bon QI cliniquement. | + | + | 0 | + | + | mauvais |
| 20 - ROZ... Christine | 12 % | Asthme | 2 % | dissocié | non faite | Poussières Candida | Crises partout. Nerveuse depuis toujours. Impulsive Mal contrôlée. Exigeante sur les modalités de son traitement. Hystérique. | 0 | + | 0 | 0 | + | mauvais |
| 21 - FOL... Jean-Marc | 6 | toux spasmodique | non fait | non fait | non faite | poussières microbiens | Tics. Surprotection et anxiété maternelle | 0 | + | 0 | 0 | + | bons |
| 22 - LER... François | 9 | Asthme | 0 | allergique | Trouble obstructif peu de fond Diminution Tiffeneau | poussières plumes streptocoque A candida Pollens céréales | Enfant malheureux, anxieux, compliqué, joue un rôle et en change "jeux de fille ou joue au gros dur". Hystérique. QI limité. Père dessinateur industriel, Mère psychologue absente 11 h de son foyer. | 0 | + | + | + | + | médiocres |
| 23 - ZBY... Patrick | 9 | Asthme + eczéma | 5 % | non fait | non faite | poussières plumes candida | Emotif, mal des transports, mère se reconnait en lui (émotive, chorée dans son enfance) | 0 | + | 0 | 0 | + | bons |
| 24 - LAB... Manuel | 5 | Toux spasmodique | 4 % | allergique | non faite | poussières plumes | Capricieux, difficile, insolent, opposant, furieux si on ne participe pas inst. Gros pb parental. | 0 | + | 0 | + | + | début |
| 25 - LOES... Michel | 10 1/2 | Asthme + urticaire | 2 % | non fait | non faite | poussières plumes candida | Caractériel, opposant, insolent, négligent, casse les jouets, joue avec le gaz, parents faibles notamment père. Jalousie fratenelle. Téléphone à la mère le jour de la naissance de Mireille "alors je ne suis plus ton tout petit". | 0 | + | 0 | + | + | bons |
| 26 - TUI... France | 17 | Asthme | 22 % | non fait | aucun tt. ventilatoire de fond sensibilité cholinergique modérée | poussières candida | Inadaptation sociale (vient d'Israël) réfugiée chez un frère. Timidité importante mais quel est le QI Echec au CEP. Problème d'orientation. | 0 | + | 0 | + | + | médiocres |
| 27 - LOY... Bruno | 11 1/2 | Asthme | non fait | non fait | non faite | Poussière de m. Poussière de moulin. Arbres candida | Légère démission d'ordre affectif rectifiée en très peu de temps avec prise de conscience très facile NB dysorthographie. | 0 | + | 0 | 0 | + | bons |
| 28 - MOU... André | 8 | Asthme + bronchite | 10 % | allergique dissocié | bronchospasmes permanents sensibilité cholinergique + réversible avec aleudrine | poussières chat | Asthme et bronchite au lieu de résidence de la famille. Pas de crise ailleurs, mère détendue, affectueuse ; enfant équilibré sur le plan psychologique. | | + | 0 | + | + | bons |
| 29 - MOR... Lionel | 10 1/2 | Asthme | 4 % | dissocié | non fait | poussière plumes chat candida | Emotivité, retard scolaire doute au sujet du QI | 0 | + | 0 | + | + | début |
| 30 - VEU... Thierry | 6 | Asthme | 12 % | normal | non fait | Poussière plumes candida | Tyran familial par faiblesse du père malheureux dans son enfance. Mi-abandonné (réveillé par un commis le matin ) mi-surprotégé de façon excessive et compensatrice. | 0 | + | 0 | 0 | + | médiocres |
| 31 - CHA... Florence | 7 1/2 | Asthme + prurigo | 2 % | allergique | non fait | poussière plumes candida microbes | anxiété nocturne , va se coucher dans le lit de sa mère | | + | 0 | 0 | + | bons |
| 32 - GRI... Antonio | 13 | Asthme | 5 % | normale | non fait | Poussière chiens candida | Milieu italien, arriétation affective, inertie | + | + | 0 | 0 | + | bons |
| 33 - BLA... Thierry | 4 1/2 | Asthme | 14 % | allergique | non faite | poussière candida microbiens | Enfant capricieux. Spasme du sanglot. | 0 | + | 0 | 0 | + | médiocres |
| 34 - UNI... Caroline | 3 1/2 | asthme | 2% | non fait | non faite | poussière microbiens | toux spasmodique déclenchée volontiers lorsque la mère rentre de son travail (11 h du soir). Demande de place par la mère ( fratrie de 3). Niveau de compréhension excellent. Langage correct mais puéril . Capricieuse. | + | + | 0 | 0 | + | pas revu |

## VI - CAS CLINIQUES

Nous résumons dans un tableau 34 observations qui donnent le reflet des problèmes évoqués, puis nous présenterons en détail une observation qui mérite une étude plus approfondie.

1 - Les observations cliniques : (voir tableau dépliant)

Observation KHA... Maurice

Maurice né le 25 août 1955 est le 2e enfant d'une fratrie de trois, l'aînée est une fille de 14 ans. Le cadet un garçon de 6 ans.

Après une grossesse et un accouchement normaux l'enfant a un développement staturo-pondéral satisfaisant. Il est allaité par sa mère pendant 4 mois.

Son développement psychomoteur est strictement normal.

La mère a 38 ans, bien portante au foyer, le père à 38 ans bien portant travaille dans une crèmerie.

La famille est israelite originaire de Tunisie installée en France depuis 9 ans, habite un petit logement comprenant 2 pièces mansardées avec deux fenêtres donnant sur une cour dans le 19e arrondissement.

La soeur ainée est atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Parmi les ascendants on ne trouve aucun allergique.

L'histoire de la maladie commence à 2 mois 1/2, l'enfant a un eczéma jusqu'à l'âge de 22 mois. A deux ans I/2 apparait l'asthme. Celui-ci se manifeste par des crises nocturnes caractéristiques se répétant toutes les 3 semaines jusqu'à l'âge de 3 ans.

L'enfant fait 3 cures au Mont Dore en I958, 59 , 60.

Malgré ces dernières, son état s'aggrave et pendant l'hiver 60 il reçoit des corticoïdes.

Pendant l'été 61 il semble amélioré par un traitement comprenant hémothérapie, vanilone, hyposulfite de sodium et fluorure de sodium.

En mars I962 : Maurice est hospitalisé aux Enfants Malades pour une pneumopathie aiguë : il s'agit d'un abcès du poumon à staphylocoques siégeant dans le lobe supérieur droit.

La guérison survient facilement après une cure d'antibiotiques. Le foyer infectieux primitif n'est pas retrouvé. Il n'existe pas de malformations bronchiques. Le test à la sueur est normal.

En Juillet et août de la même année l'enfant est hospitalisé à 2 reprises à Montargis pour une méningite lymphocytaire et un état de mal asthmatique.

C'est à ce moment que l'on remarque l'état inquiet et nerveux de Maurice.

En septembre 62, Madame le Docteur BURNET pratique une enquête allergologique qui révèle une sensibilité nette à la poussière et à la plume. Les tests déclenchent d'ailleurs une crise d'asthme.

Les tests microbiens sont négatifs sauf l'anatoxine staphylococcique qui est douteux. Une désensibilisation à la poussière (extrait de poussière de maison de l'Institut Pasteur à la dilution 1/500.000) est entreprise. Les résultats en sont médiocres l'enfant continuant à avoir des crises d'asthme. Des troubles psychologiques s'intriguent. Maurice ne semble pas accepter son jeune frère âgé de 20 mois. Il le bat fréquemment.

Son état reste à peu près identique jusqu'en 1963. En février une bronchite déclenche un état de mal asthmatique, nécessitant l'hospitalisation et un traitement antibiotique et cortisonique.

Les tests microbiens sont alors positifs (staphylocoque).

Une désensibilisation à l'anatoxine staphylococcique est alors entreprise alors qu'on abandonne la poussière.

L'état de nervosité et les manifestations caractérielles persistent.

D'accord avec les parents, Maurice, fait un séjour à Briançon. Là-bas, il va très bien, sans aucun traitement.

A son retour à Paris (septembre 63) les crises d'asthme réapparaissent. On reprend la désensibilisation microbienne qui n'entraine aucune amélioration.

En avril 64 on décide d'entreprendre une psychothérapie à raison de deux entretiens par semaine (service dr. AUBRY).

Les crises d'asthme persistent.

En juillet 64, il fait un nouveau séjour dans l'Isère. Là il va très bien quant à l'asthme mais les troubles caractériels sont manifestes. L'enfant est particulièrement méchant.

On poursuit la psychothérapie pendant l'hiver 65, les crises d'asthme s'espacent, Maurice passe juin et juillet 65 au bord de la mer en Israël où il a deux crises.

En août 66 à BRIANCON, il va bien. A son retour à Paris, il est en état de mal asthmatique nécessitant la corticothérapie avec récidive en octobre nécessitant l'hospitalisation.

On décide alors de reprendre :
- la désensibilisation à la poussière
- la psychothérapie
- la gymnastique respiratoire.

L'enfant est bien sous corticothérapie mais les crises réapparaissent dès l'arrêt des corticoïdes.

Il est à noter le déclenchement d'un accès asthmatique par une forte joie.

Un nouveau bilan est demandé. Et l'on conclue à un asthme allergique par sensibilisation à la poussière avec composante psychique importante, insuffisance respiratoire (TIFFENEAU 43 % et encombrement important.

Les tests microbiens sont positifs, à la poussière on ajoute une désensibilisation microbienne (vaccin mélangé).

Depuis décembre 66, l'état est très variable, les accalmies succèdent aux crises, avec néanmoins une tendance à l'amélioration.

Voici le bilan psychologique pratiqué en mars 65 par Mme le Dr STEIN:

Enfant instable, indiscipliné, chahuteur à l'école.

Il mord son frère et sa soeur, il est particulièrement agressif vis à vis de son jeune frère, dit ne pas l'aimer et en être jaloux.

Il déchire beaucoup, ronge et avale des brins de laine tirés de son pull-over ou d'ailleurs, avec tendance à avaler des morceaux d'objets.

Les éléments déterminants dans son histoire sont :

- la transplantation (d'Afrique du Nord en France) en 1957 l'enfant a 22 mois. Outre le changement d'ambiance à tout point de vue, l'anxiété des parents retentit sur l'enfant. De plus, le grand-père paternel malade avait supplié que ses enfants restent près de lui en Tunisie, meurt peu après leur départ. D'où sentiment de culpabilité.

- La personnalité de la mère : a elle-même d'importants problèmes névrotiques somatisés, tics de raclement de gorge, accès d'angoisse nocturne avec sentiment de perdre le souffle; doit s'asseoir, avaler. A l'âge de 4 ans, avait avalé une petite boite, créant par là une grande angoisse chez les siens. A l'âge de 14 ans a assisté à l'agonie angoissante de son père.

En fait elle craint perpétuellement pour la vie de ses enfants et pour celle de Maurice en particulier.

- La personnalité du père :

Il est agé. Il a peu d'autorité. Il supporte mal les ébats agressifs normaux entre ses enfants.

Il a une excroissance importante à la lèvre inférieure (verrue ?) qui est rapportée à une blessure par éclat de bouteille due à une bataille entre ses deux jeunes oncles. Vérité ou légende familiale. Ceci le rend très anxieux à l'égard de toute manifestation bagareuse banale chez un garçon de l'âge de Maurice et très phobique pour tout ce qui concerne la bouche. Il craint perpétuellement que son fils n'avale des microbes, des choses mauvaises (laine par exemple). Il le surveille sans cesse.

Les troubles anxieux de Maurice s'étaient aggravés depuis que l'origine de la particularité buccale du père lui a été révélée. Ceci renforçant la notion de danger pesant sur la bouche et les voies respiratoires.

Les maladies des enfants se sont rythmées les unes sur les autres, prenant par là un sens particulier. Ainsi la soeur à 7 ans fait un R.A.A. juste avant la naissance du dernier, pendant que Maurice est hospitalisé à Saint Vincent de Paul puis envoyé en aérium pendant 6 mois.

En conclusion ;

Il s'agit d'un cas difficile . Il a été possible d'agir sur les difficultés du comportement. L'attitude à l'égard du frère et de la soeur s'est normalisée. Il est moins agité et anxieux.

Sur le plan proprement psychosomatique, la guérison semble plus problématique et ne pourra être que le résultat d'un travail de longue haleine qui se fera mieux lorsque le garçon sera en âge d'assumer mieux lui-même ses propres problèmes, indépendamment de la névrose parentale. D'ici là, il s'agit, somme toute de patienter, par une forme de thérapie plus facilement acceptable par la mère (dont la névrose "veut" que l'enfant reste malade) : peut être relaxation et "rééducation respiratoire" peut-être psychothérapie par l'expression corporelle et picturale dans un cadre extra-hospitalier.

2 - Résultats

Au terme de cette étude, on distingue trois grandes catégories de malades.

a - Le premier groupe comprend ceux qui, atteints d'une allergie souvent mineure, ont une anxiété réactionnelle simple, mais cette anxiété induite par la maladie chez l'enfant et sa mère aggrave considérablement le tableau clinique.

Les crises nocturnes répétées, l'asthénie et l'insomnie entrainent de graves perturbations sur l'équilibre psychique de toute la famille . Mais lors de l'amélioration de l'asthme cette pathologie induite régresse facilement soit par la mise en route de la désensibilisation, soit par un traitement adjuvant , par des tranquillisants.

b - le deuxième groupe comprend, ceux qui ont des troubles plus graves. Dans ce groupe, les manifestations allergiques sont plus sévères. Chez les asthmatiques, il existe souvent une insuffisance respiratoire avec déformation thoracique. Mais ceci n'est pas nécessairement observé. Les troubles du comportement sont manifestes chez la mère et l'enfant. Les contacts fréquents avec l'allergologue, la désensibilisation, n'y suffisent pas L'enquête psychologique s'avère nécessaire. Elle est dans la majorité des cas efficace, et l'évolution ultérieure sur l'asthme comme sur le comportement est favorable.

c - Enfin un troisième groupe est fait de malades qui sont des cas psychiatriques. Ceux-ci sont en fait peu rencontrés en allergologie infantile.

oOo

## VII - THERAPEUTIQUE

On peut dire que chaque partie du traitement va comporter une action psycho-thérapique.

Dès le début de la prise de contact, avec le malade, les tests ont parfois une action positive, par la réaction focale d'amélioration, la visualisation de la maladie sous forme de papules.

Puis la désensibilisation par l'amélioration spectaculaire qu'elle provoque par les contacts réguliers et fréquents avec le médecin, vient consolider cette amorce de détente, détente psychique qui à son tour, favorise la bonne marche de la désensibilisation. Il faut signaler que le simple traitement par placebo entraine une amélioration dans 30 % des cas.

Le rôle du médecin est plus important à considérer que dans toute autre maladie. Le point de départ est le traitement d'un trouble organique. C'est pour cela que l'enfant est amené . Puis au cours des consultations, un lien particulier s'établie entre le médecin et le petit malade "il éprouve plus que tout autre patient un besoin affectif à l'égard de son médecin". JM ALBY R. WOLFROMM.

Outre l'histoire clinique, il devrait reconstituer parallèlement l'histoire du développement psychologique et affectif de l'enfant : "la maladie allergique est comme un langage par l'intermédiaire duquel le patient veut être compris" JM ALBY et R. WOLFROMM.

La consultation du spécialiste ne devrait être proposée que comme un appoint. Ce dernier ne doit pas se substituer au médecin traitant ou à l'allergologue.

Celui-ci doit en quelque sorte "prendre en charge" le malade , le guider. l'instruire de sa maladie, l'explication de la maladie a pour but de dédramatiser les symptômes. Cette attitude somme toute assez superficielle, suffit parfois à détendre le malade. Cette psycho-thérapie, pédiatre ou allergologue, l'exercent parfois à leur insu.

Chez l'enfant deux points méritent d'être soulignés. C'est l'attitude envers la scolarité, et les bénéfices secondaires. Le pédiatre doit se montrer ferme, sur la nécessité de mener une scolarité normale, et ne pas restreindre l'activité physique de son petit malade. SOULE précise "le pédiatre, s'il tolère parfois quelques exceptions, doit montrer constamment qu'il ne saurait accepter l'asthme comme une justification de toutes les démissions".

L'enfant ne doit en aucune façon, être mis à l'écart, mais participer à la compétition, ce qui l'éloigne des préoccupations de sa maladie.

Il faut lui faire comprendre, puis renoncer à ses bénéfices secondaires'. "l'enfant doit renoncer à se complaire dans les bénéfices secondaires de sa maladie" pour cela "lui procurer d'autres intérêts, et d'autres satisfactions". SOULE.

La rééducation respiratoire par la participation active qu'elle nécessite du petit malade a également une action psychothérapique. L'enfant apprenant à respirer acquiert une impression d'autonomie qui contribue à entretenir son dynamisme.

La psychothérapie doit être proposée comme un adjuvant à la désensibilisation, et doit se faire de concert avec elle. Il s'agit de créer une relation très profonde avec le malade. Les consultations ont pour but , une prise

de conscience des problèmes faits ensemble par le médecin et le malade : "la compréhension de la vérité à laquelle parviennent ensemble le médecin et le malade. Il ne s'ensuit pas que la solution vienne d'elle-même, il faut qu'elle soit aidée et que la contexture psychologique du sujet, lui permette d'affronter la résolution devant laquelle il recule". KOURILSKY.

La psychothérapie s'adresse aussi bien à l'enfant qu'à sa mère ou un autre membre de la famille, père ou grand-mère. Ces derniers se prêtant moins facilement à ce traitement. KOURILSKY définit les modalités et les résultats de la psychothérapie.

La psychothérapie a pour but de reconstituer l'évolution psycho-affective parallèlement à l'évolution de l'allergie. Pour cela une investigation précise est nécessaire. Elle aboutit à définir les éléments du conflit et si possible à la dénouer "lorsque les éléments du conflit ont été définis entre le malade et le médecin, lorsque les nécessités de la dénouer a été comprise et lorsque le malade y parvient l'anxiété diminue dans une forte proportion et l'intensité des phénomènes allergiques est profondément modifiée". Il s'agit d'une véritable "détente anxieuse".

L'intervention psychiatrique est parfois utile. En fait chez l'enfant les troubles sont rarement assez importants pour nécessiter ce traitement.

Anna FREUD et Mélanie KLEIN, ont mis au point une technique analytique basée sur le jeu de l'enfant, diverses variantes sont proposées:

- jeu non dirigé (ADLER)
- jeu non interprété (ZULLIGER)

modifiées par BERNA, en proposant "des interprétations affectives".

Quelle que soit la méthode, le but de tout traitement analytique : "est en fait le renforcement et l'épanouissement de la conscience et de la connaissance, processus qui sont identiques à ce qui se passe dans le dévelop-

pement normal. Mais le jeu est chez tout enfant, un réel facteur de développement. Le traitement par le jeu, est donc indiqué chaque fois que possible".

Telles sont les conclusions de Walter ZUBLER quant à la thérapeutique psychiatrique de l'enfant.

En dernier recours certains auteurs ont recours à la parentectomie, extrémité evidemment peu souhaitable et rejetée par certains.

oOo

# CONCLUSION

Nous nous sommes proposés au cours de cette étude à apprécier la valeur et l'interprétation du psycho-allergène dans l'asthme infantile.

Après un rappel historique des théories étiologiques de l'asthme et ses mécanismes neuro-physiologiques, l'étude des modulations psycho-physiologiques des phénomènes allergiques (travaux de KOURILSKY et collaborateurs) met en valeur le rôle important de l'anxiété permanente due à un conflit de frustation irrésolue.

La description de la personnalité et du tempérament de l'enfant allergique, de son environnement, nous permet de comprendre la génèse des troubles psychologiques fréquemment rencontrés.

L'étude clinique vient appuyer la notion de l'existence d'un véritable psycho-allergène. Celui-ci est constitué par l'anxiété réactionnelle à la maladie d'où la nécessité de rompre "le cercle vicieux" et d'aboutir "à la détente anxieuse".

Les différents gestes de la thérapeutique (tests, désensibilisation, rééducation respiratoire), le contact fréquent et répété avec le médecin, les traitements pharmaco-dynamiques ont une véritable action psycho-thérapique sur l'anxiété. En cas de troubles plus graves, une enquête psychologique suivie de psychothérapie sont nécessaires chez l'enfant et sa mère.

Les cas proprement psychiatriques sont rares.

Nous pensons que le pronostic évolutif de ces troubles, est bon, du fait du dynamisme particulier à l'enfance.

A une amélioration de l'allergie, s'associe un épanouissement psychique.

Ceci est le fruit d'une collaboration étroite, et fructueuse entre pédiatre, allergologue et pédo-psychiatre.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

M. JULIEN MARIE

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

# BIBLIOGRAPHIE


ALBY J.M., WOLFROMM R.-

Médecine psychosomatique.
Allergie respiratoire.
E.M.C. psychiatrie 37.440 A 10

HOWARD G., RAPAPORT M.D.-

The rôle of emotions in chronic allergic disease of childhood
Annals of allergy I964, 22, n° 10
Annals of allergy I966, 24, n° 9

KLOTZ H.P.-

Médecine psychosomatique
Paris Expansion I965

KOURILSKY, R.-

Modulations psycho-physiologiques des phénomènes allergiques
Revue Franç. d'Allergie , juillet-septembre 66. Expansion Ed.

LORAS E.-

Asthme angoisse du souffle ,
I96I, Lyon Ed.

PICHON E.-

Développement psychologique de l'enfant et l'adolescent.
Evolution normale, pathologique, traitement.
Masson Ed.

PASTEUR-VALERY-RADOT, WOLFROMM R., CHARPIN J., HALPERN P.N.-

Maladies allergiques
Flammarion Ed.

PURCELL K.-

Evaluation critique des théories psychologiques de l'asthme.
N.Y. state Journal of Médecine, 1965, n° 16 p 2103.

RAIMBAUT E.-

Contribution à l'analyse et au maniement des facteurs psychologiques dans l'asthme bronchique.
Thèse Paris 1959.

SOULE M.-

Asthme infantile, problème de psycho-pédiatrie
Médecine infantile, 1966, n° 2

SZYRYNSKI V.-

Psychothérapie with families of allergic patients.
Annals of allergy, 1964, vol. 22, n° 4

ZUBLIN W.-

Psychothérapie d'un garçon asthmatique.
Acta psychosomatica documentation Geigy n° 4, Ed. Française.

oOo

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18—93
535 : 18—62